

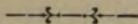
GAZETA LEKARSKA.

Z INSTYTUTU FARMAKOLOGICZNEGO PROF. TAPPEINER'a W MONACHIUM.

I. WPLYW ROZPUSZCZALNIKÓW NA SZYBKOŚĆ CHŁONIENTA W ŻOŁĄDKU.

Przez

Maksymiliana Flauma.



Badanie warunków, w jakich zachodzi chłonięcie żołądkowe, należy do zadań podjętych przez doświadczalną fizyologię i farmakologię nie dawniej niż dziesięć lat temu. Wiadomości też nasze w tej sprawie dość skąpo się przedstawiają. Gdy zaś dotychczasowe już rezultaty dowiodły niezbicie, że na ostateczny wynik w wysokim stopniu wpływają liczne, drobne na pozór momenty, każde przeto spostrzeżenie na tem polu może, zdaniem naszym, zainteresować w pewnej mierze nietylko badacza-teoretyka, lecz i lekarza. Dość powiedzieć, że np. PENZOLDT i FABER ¹⁾ starali się ze zmian w szybkości chłonięcia żołądkowego wyciągnąć wnioski znaczenia rozpoznawczego, przekonawszy się, że przy raku żołądka lub rozszerzeniu tegoż szybkość chłonięcia jest mniejsza niż w stanie normalnym. Wprawdzie, wobec znacznych wahań indywidualnych, zjawiskom, spostrzeżonym przez wymienionych badaczy, nie można przypisać znaczenia praktycznego, niemniej jednak zdaje się, iż, opierając się na tem, co już obecnie wiemy, uda się może z czasem w innym kierunku pewną bezpośrednią korzyść osiągnąć. Mam tu na myśli zależność, jaka wyraźnie występuje pomiędzy naturą oraz stopniem stężenia wchłanianego roztworu z jednej a szybkością chłonięcia z drugiej strony.

Pierwsze tego rodzaju badanie zawdzięczamy TAPPEINER'owi ²⁾. Kotom i psom naczczo przewiązywał on odźwiernik, poczem przez zgłębnik wlewał do żołądka roztwory ciał, które łatwo dawały się ilościowo oznaczać. Okazało się, że, po wlaniu do żołądka psa roztworu, zawierającego 1,73 grm. cukru gronowego, po 3½ godzinach znajdowało się jeszcze w żołądku 1,63 grm.. U kota, któremu dano 1,28 grm., znaleziono po 3 godzinach jeszcze 1,25 grm.. Pepton został wchłonięty w bardzo nieznacznych ilościach, a wodne roztwory strychniny, wstrzyknięte do żołądka kotów przy zamkniętym odźwierniku, działały zabójczo

¹⁾ PENZOLDT u. FABER. Ueber die Resorptionsfähigkeit der menschlichen Magenschleimhaut. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 21. 1882.

²⁾ TAPPEINER. Ueber Resorption im Magen. Zeitschr. f. Biologie. T. 16. 1880, str. 497.

dopiero po 1½—3 godzinach, podczas gdy takąż ilość strychniny, bez przewiązania odźwiernika, zabijała kota już po 8 minutach. Lecz zupełnie inne rezultaty otrzymał TAPPEINER, gdy zamiast wodnych użył alkoholowych roztworów. Kot, ważący 2000 grm., po przyjęciu 0,04 grm. strychniny w roztworze, zawierającym 5 ctm. sześć. 90%-ego alkoholu i 15 ctm. sześć. wody, zdechl w 10 minut. W innych warunkach wykonane doświadczenia również doprowadziły TAPPEINER'a do tegoż wniosku, mianowicie, że alkoholowe roztwory znacznie szybciej, niż wodne, zostają wchłonięte w żołądku.

Że wszakże stopień stężenia roztworu duże ma także znaczenie, na dowód tego przytoczyć można badania ANREP'a ¹⁾ i SEGALL'a ²⁾; ten ostatni np. przekonał się, że ściana żołądka wchłania bardzo mało cukru w wodnym roztworze, oraz że zdolność chłonięcia wzrasta ze wzmaganiem się koncentracji roztworu aż do 20%. Jeżeli przytoczę jeszcze pracę OGATHA ³⁾, który dotknął się tego przedmiotu, badając w monachijskim instytucie higienicznym wpływ używek na trawienie żołądkowe i który doszedł do wniosku, że alkohol zakłóca trawienie tem silniej, im bardziej jest stężony, dalej, że cukier zwalnia, a sól kuchenna przyspiesza trawienie, to wyczerpię chyba wszystko, co w tym względzie wykonano w doświadczeniach na zwierzętach ⁴⁾.

Pierwsze doświadczenia na człowieku podjął w roku 1889 D-r MASTBAUM ⁵⁾, stawiając sobie za zadanie wykryć, czy w tych warunkach normalnych, w których oczywiście odźwiernik nie jest przewiązany, istnieją różnice w szybkości chłonięcia roztworów wodnych i alkoholowych, oraz czy t. zw. środki osłaniające (np. *gumma arabic.*, *mucilago gumm. arabic.*, *emulsiones*, *radix Altheae*, *syrupus Liquiritiae*) działają jako rozpuszczalniki opóźniająco na chłonięcie. Powiadam, iż pierwsze to były doświadczenia na człowieku, w tym celu wykonywane; albowiem PENZOLDT, FABER i inni nie uwzględnili zupełnie natury rozpuszczalników.

MASTBAUM badał na sobie szybkość, z jaką przechodziły do moczu roztwory salicylanu sodu w wodzie, alkoholu rozmaitego stężenia, w słuźie gumy arabskiej, w wodzie słonej, słodkiej, w *infusum Altheae* i w *emulsio amygdalina*. Brał on 0,3 grm. salicylanu sodu w 25 ctm. sześciennych powyższych rozmaitych roztworów i badał za pomocą czulego odczynu chlorniku żelaza, kiedy salicylan sodu ukazywał się w moczu. Gdy wypijał 25 ctm. sześcienn., zawierających mniej niż 0,3 grm. salicylanu sodu, nie był w stanie z dostateczną ścisłością wykrywać tego ciała w moczu. Z 20 prób, dokonanych z roztworem wodnym, w dziewięciu salicylan sodu pojawił się w moczu po 25 minutach, a w jedenastu dopiero po 30 minutach. Rezultaty, otrzymane z innymi rozpuszczalnikami, nie wiele różniły

1) ANREP. Die Aufsaugung. Arch. f. Anat. und Physiologie. 1881, str. 504.

2) SEGALL. Resorption des Zuckers im Magen. München. 1888.

3) OGATHA. Ueber den Einfluss der Genussmittel auf die Resorption. Arch. f. Hygiene. T. 3.

4) Dodam tylko, że D r BRANDL, asystent w instytucie farmakologicznym w Monachium, badając wpływ alkoholu, jako rozpuszczalnika, na szybkość chłonięcia w psim żołądku, a posługując się metodą od powyższych różną, doszedł do rezultatów zgodnych z moimi; lecz rezultatów tych dotąd jeszcze nie ogłosił.

5) MASTBAUM. Veränderung der Resorption von Salicylsauren Natrium durch verschiedene Lösungsmittel. München. 1889.

się od wyników z roztworem wodnym, a to prowadzi go do sformułowania wniosków, że:

1) alkohol, jako rozpuszczalnik, nie przyspiesza chłonięcia, a środki osłabiające chłonięcia nie opóźniają;

2) alkohol w silniejszej koncentracji zakłóca trawienie, opóźnia, albo nawet przeszkadza chłonięciu;

3) czas trwania chłonięcia podlega indywidualnym wahaniom;

4) po jedzeniu chłonięcie w doświadczeniach było powolniejsze, aniżeli naczczo.

Zwłaszcza pierwszy z przytoczonych wniosków budzi zainteresowanie wobec zupełnej jego niezgodności z tem, czego dowiodły doświadczenia na zwierzętach. Chcąc przeto sprawdzić doświadczenia MASTBAUM'a, przystąpiłem do szeregu prób nad sobą samym, przyjmując w zasadzie metodę, jaką MASTBAUM się kierował.

Istotnie zaraz na wstępie przekonałem się o słuszności trzeciego wniosku, mianowicie o tem, że wahania indywidualne poruszają się w bardzo szerokich granicach. Rozpocząłem oczywiście również od 0,3 grm. salicylanu sodu w 25 ctm. sześć. wody, a przekonawszy się, że istotnie zawsze po 25 minutach udaje mi się w moczu sól tę wykrywać, skróciłem nieco terminy i wykrywałem już po 10 minutach nietylko po przyjęciu 0,3 grm., lecz nawet i po 0,1 grm. Gdy zaś, zdaniem mojem, doświadczenia te wówczas tylko mogą doprowadzić do niedwuznacznych wyników, jeżeli będziemy się starali uchwycić nietylko ten moment, w którym pierwsze ślady salicylanu sodu w moczu się ukazują, lecz także te najmniejsze ilości, jakie przyjmować trzeba, ażeby wogóle odczyn jeszcze wyraźnie wypadł, przeto powoli zmniejszałem dawki przyjmowanego salicylanu sodu, aż doszedłem do 0,001 grm.. Potrzeba było całego szeregu prób, który mnie narreszcie przekonał, że 1 miligram stanowi dla mnie w tym razie granicę, poniżej której nie uda mi się przyjętego w 25 ctm. sześć. salicylanu sodu wykryć w moczu. A jednocześnie nowy szereg prób utwierdził mnie w przekonaniu, że przy takiej ilości zawsze bez wyjątku potrafię salicylan sodu po przejściu do moczu wykryć, jeżeli przy poszukiwaniu tem zachowam wszelkie środki ostrożności.

I co do czasu, po którym w moich próbach salicylan sodu w moczu występował, różnię się od MASTBAUM'a; nigdy bowiem nie potrzebowałem czekać 30 minut: często słaby, a niekiedy i wyraźny odczyn otrzymywałem już po 20 minutach, a zawsze najniezawodniej po 25 minutach, choć przyjmowałem 300 razy mniejszą ilość salicylanu sodu.

Nie trzeba zapominać, że czułość odczynu chlorniku żelaza z kwasem salicylowym jest bardzo znaczna. Można wykryć salicylan sodu w rozcieńczeniu wodnym 1:400000, jeżeli do badanej cieczy dodać kroplę rozcieńczonego kwasu siarczanego, następnie kilka centymetrów sześciennych eteru, silnie skłócać, potem zebrać z góry pipetą roztwór eterowy i pozostawić go na miseczce porcelanowej do odparowania; kropla rozcieńczonego roztworu chlorniku żelaza, dodana do pozostałości na porcelanie, daje jeszcze bardzo wyraźne fioletowe zabarwienie. Gdy w ten sposób postępuje się z moczem, można w nim salicylan sodu wykryć w rozcieńczeniu 1:200000. Lecz — dodać muszę — silne i wielokrotne wykłóca-

nie eterem jest konieczne. Przy małych ilościach salicylanu sodu łatwo bardzo o ich przeoczenie, jeżeli o przepisie tym się nie pamięta. Bardzo dobrze występuje to na jaw, gdy wykonywa się doświadczenia kontrolujące; trzeba przeto pedantycznej niemal ostrożności, jeżeli na podobnych próbach zamierza się oprzeć stanowcze wnioski.

Z ostatecznych moich 15 prób, w których brałem 0,001 grm. salicylanu sodu w 25 ctm. sześć. wody, otrzymałem:

a)	po 20 minutach	słaby	odczyn	4 razy
b)	" 20	"	wyraźny	" 2 "
c)	" 25	"	wyraźny	" 13 "
d)	" 25	"	słaby	" 2 "

Nie zadawałem się, tak jak to czynił mój poprzednik, zbieraniem moczu co 5 minut, lecz zanim w długim szeregu wstępnych prób nie przekonałem się, iż nie wykryję wcześniej niż po 25 minutach, jeżeli nie wykryłem po 20, póty zbierałem próbki moczu, choćby najmniejsze, w krótszych jeszcze odstępach czasu, zazwyczaj co 2 minuty. Już 1 ctm. sześć. zupełnie wystarcza do wykonania powyższego odczynu. Gdy więc przytaczam tu ostateczne rezultaty tylko 15 prób, które miały niejako statystyczną metodą rozstrzygnąć o tem, kiedy salicylan sodu w dawce powyższej w wodzie przyjęty ukazuje się w moczu, znaczy to, że tylko te próby wciągnąłem jako ostateczne po przekonaniu się, że zbieranie moczu w innych odstępach czasu i jest zbyteczne i nie przedstawia wyniku doświadczenia tak jasno, jak właśnie próby powyższe. Oczywiście, przedwstępnych prób w każdym szeregu wykonywałem znacznie więcej.

Jeszcze wspomnieć muszę, że wszystkie ostateczne próby wykonywałem w możliwie jednakowych warunkach: między godziną 11 a 12 w południe po uprzednim [o godzinie 8 rano] lekkim śniadaniu, złożonym z herbaty i dwu bułek; mogłem przeto liczyć, że żołądek nie jest przez trawienie w tym czasie zajęty. Dziennie naturalnie tylko jedną próbę wykonać mogłem.

Z kolei przystąpiłem do prób z alkoholem, które znów wymagały szeregu wstępnych prób w celu wykrycia zarówno najodpowiedniejszego stopnia stężenia tego rozpuszczalnika, jak i uchwycenia momentu, w którym pierwsze ślady salicylanu sodu w moczu się ukazują. Alkohol 50% okazał się najwłaściwszym i w takim stężeniu istotnie znalazłem wyraźne przyspieszenie w chłonienu.

Z 18 prób, w których brałem 0,001 grm. salicylanu sodu w 25 ctm. sześć. 50%-wego alkoholu, otrzymałem:

a)	po 18 minutach	słaby	odczyn	3 razy
b)	" 18	"	wyraźny	" 3 "
c)	" 20	"	wyraźny	" 15 "
d)	" 20	"	słaby	" 2 "

Trzeci szereg doświadczeń dotyczył wpływu osłaniającego środka, mianowicie śluzu gumy arabskiej (*Mucilago gummi arabici*)¹⁾, który półnapół miesza-

¹⁾ *Mucil. gum. arab.* przyrządzone według przepisu *Pharmacop. German.* [editio III]: 1 część proszku gumy arabskiej na 2 części wody.

łem z wodą i w 25 ctm. sześciennych takiej mieszaniny znów rozpuszczałem 0,001 grm salicylanu sodu.

W 15 próbach odnośnych otrzymałem:

a)	po 30	minutach	słaby	odeczyn	7	razy
b)	" 30	"	wyraźny	"	3	"
c)	" 33—34	"	wyraźny	"	13	"
d)	" 33—34	"	słaby	"	1	"

W jednej próbie odeczyn wystąpił dopiero po 36 minutach.

Rezultaty powyższe zupełnie jasno wykazują, że w warunkach, w jakich doświadczenia moje były prowadzone, alkohol 50% stanowczo przyspiesza, a śluz gumy arabskiej, użyty za rozpuszczalnik, opóźnia chłonięcie roztworu w żołądku.

Gdy chodzi o rozstrzygnięcie pytania co do różnicy, zachodzącej pomiędzy wynikiem tych doświadczeń a rezultatami prób MASTBAUM'a, zdaje się, że indywidualne wahania nie wystarczą w zupełności do objaśnienia tych różnic. Późniejsze występowanie w moczu ciał przyjętych do żołądka zależy nie tylko od szybkości chłonięcia, lecz bez wątpienia i od innych ważnych czynników, jak szybkości krążenia krwi, czynności wydzielniczej nerek i t. d. Nie ulega chyba wątpliwości, że i pod względem tych ostatnich czynności zachodzą duże indywidualne różnice. Gdy przeto chcemy zbadać jedno tylko zjawisko, jak w tym razie zjawisko chłonięcia, musimy albo inne towarzyszące mu wykluczyć, albo we wszystkich badanych przypadkach uczynić je zupełnie identycznymi. Lecz w doświadczeniach podobnych do powyższych, a wykonywanych na człowieku, celu tego w tak prosty sposób osiągnąć niepodobna. Nie sądzę przeto, ażebyśmy mogli inaczej dojść do jednoznacznego wyniku, jak tylko, wykonywając podobne próby na możliwie dużej liczbie ludzi. Tylko w tym razie można się spodziewać zatarcia się pobocznych, maskujących główne zjawisko, momentów. Pociuszającym jest wszakże, że dzieje fizjologii uczą nas, do jakiego stopnia uprawnieni jesteśmy wyniki badań nad zwierzętami przenosić na organizm człowieka. W pytaniu, które nas tu zajmuje, niema chyba wątpliwości, że doświadczenia, wykonane z psami przy zamkniętym odźwierniku, nie pozwalają inaczej tłómaczyć wpływu alkoholu, jako rozpuszczalnika, jak tylko, iż stanowczo działa on na ścianę żołądka w sposób przyspieszający chłonięcie.

Gdyby istotnie zawsze tak być miało—a nie sądzę, że doświadczenia MASTBAUM'a mogą być uważane za miarodajne w kierunku przeciwnym—pozostawałoby jeszcze do rozstrzygnięcia pytanie, na czym polega to działanie przyspieszające alkoholu. Możemy sobie wyobrazić, że środek osłaniający, jak np. guma arabska, wprost znajduje w swej konsystencji przeszkodę w przenikaniu przez nabłonek żołądka i tłómaczenie to zadawała nas w zupełności. Gdybyśmy wszakże analogicznie twierdzili, że konsystencja ciekłego alkoholu jest przyczyną szybszej jego osmozy przez żywą tkankę, moglibyśmy napotkać pewne zarzuty. Nie wiadomo nam bowiem dokładnie, jak pod względem osmotycznym zachowują się rozmaite płyny wobec żywych błon zwierzęcych. Pozostaje zresztą prawdopodobne przypuszczenie, że alkohol w tem stężeniu, w jakim działa przyspieszająco na chłonięcie, do tego stopnia drażni, może i nagryza nabłonek

żołądka, że w części odruchowo, w części mechanicznie umożliwia szybsze przenikanie ciał, w nim rozpuszczonych, przez ścianę żołądka. Czy to ostatnie przypuszczenie ma istotnie jakieś podstawy, postaram się przez analogiczne doświadczenia w innym szeregu prób do pewnego stopnia wyjaśnić.

II. DWA PRZYPADKI GRUŻLICY BŁONY ŚLIZOWEJ NOSA.

Podał

Władysław Wróblewski,

lekarz ambulatoryum dla chorób gardła i nosa w szpitalu Ewangelickim w Warszawie.

Gruźlica jam nosowych należy do rzadkich, a przynajmniej, jak dotąd, nie zbyt często opisywanych cierpień, każdy przeto dłużej obserwowany przypadek zasługuje na szerególniejsze opisanie.

Notatkę niniejszą rozpocząłem w znacznie szerszym zakresie, ponieważ jednak w tym czasie pojawiła się wyczerpująca praca HERYNGA¹⁾, przedmiot ten omawiająca, przeto ograniczę się tylko do kazuistycznego artykułu, ciekawych zaś odsyłam do wyż wymienionej monografii.

Nie mam również zamiaru podawać tutaj wszystkich przezemnie spostrzeganých przypadków, już to ze względu na krótki czas ich obserwacji, już też ze względu na brak warunków dokładniejszego badania; ograniczę się przeto do przytoczenia dwóch spostrzeżeń, które, mając pewne cechy charakterystyczne, wyróżniają się w pośród całego szeregu spraw podobnych.

Przypadek I. *Tuberculoma septi narium.* Dnia 4. IX. 1891 roku zgłosił się do mnie Emil K . . . , 26 lat mający, urzędnik z kantoru przy fabryce cukru. Szczupły, dobrze odżywiany, wysokiego wzrostu. Skarży się na zatkanie nosa po stronie prawej, które obecnie trwa od pół roku. Wogóle zaś cierpi na to od lat 4-eh i był już dwukrotnie operowanym. Pochodzi z rodziców zupełnie zdrowych, jedna tylko siostra zmarła na suchoty, dwaj starsi bracia zdrowi. Sam jednak od dzieciństwa był skrofalicznym, cierpiał na uporezywe nieżyty z obrzmieniem i czerwonoscią skóry nosa, na obrzmienie gruczołów chłonnych szyjowych i podszczękowych, na wypryski i t. p. Stan ten znacznie się poprawił po czterokrotnem lezeniu w Ciechocinku. We wrześniu 1889 roku, leczyl się u D-ra GURANOWSKIEGO, którego uprzejmości zawdzięczam następujące szczegóły: „Z jamy nosowej po stronie prawej usunąłem guzik z przegrody chrzęstnej. Guzik ten był twardy. Nie badałem go drobnowidzowo, postawiłem więc co do natury jego znak zapytania. Jednocześnie wyciąłem z jamy bębnekowej za pomocą pętlicy WILDE'go polipa, którego punktem wyjścia była okolica *membranae Shrapnelli* [również po stronie prawej] Słuch po tej stronie był znacznie przytępiony. Rozpoznanie choroby ucha brzmiało: *Otitis media suppurativa chronica auris dextri. Polypus in regione membranae Shrapnelli*“.

Po tej operacji chory czuł się w ciągu 6 miesięcy zupełnie dobrze, później jednak zaczęło się znowu powolne, lecz stopniowo wzmagające się zatkanie nosa. Stan taki trwał około pół roku; gdy narodził, powiększając się, doszła do tej wielkości, że chory mógł ją sam widzieć w lustrze, zwrócił się tedy o pomoc do D ra LUBLINERA, który był łaskaw udzielić mi listownie następujących objaśnień: „Emila K . . . operowałem w sierpniu 1890 roku. Miał on polipy śluzowe nosa, które nie budziły żadnego podejrzenia co do złośliwości swej. Była to już recydywa, bo mam odnotowane,

¹⁾ Medycyna 1892 r. N-ra 33, 38, 39, 40, 43 i 44.

że któryś z kolegów operował go przed rokiem. W lezeniu miałem chorego dwa tygodnie, wyjechał zupełnie zdrowy. Drobnowidzowo nie badałem tych polipów, gdyż wygląd makroskopijny decydował wtedy o naturze ich. Wyjąłem mu do 10 polipów i za każdym razem miałem dość duże krwawienie. Miejsca przyczepów przypalałem galwanokauterem“.

W tym samym czasie D-r GURANOWSKI wyjął mu znowu polipa z lewego ucha. Po tych operacjach chory czuł się znowu dobrze mniej więcej pół roku, w następstwie jednak oddechanie nosem stawało się coraz trudniejszym, aż wreszcie od kilku miesięcy nozdrze prawe jest stale i zupełnie zatkanem, lewe zatyka się często, lecz na czas krótki.

Przy badaniu znalazłem:

W nozdrzu lewem błona śluzowa nieco zaczerwieniona i rozpułchniona. Prawe nozdrze całkowicie zatkanę guzem nieprzezroczystym, o niegładkiej powierzchni. Guz ten koloru różowego, pokryty miejscami poprzyszczaną, szarawą wydzieliną, wychodzący szeroką podstawą z przegrody, wolną powierzchnią przylega do skrzydła nosa. Przy dotykaniu zgłębnikiem łatwo krwawi. Jest on wielkości dużego orzecha laskowego, szczelnie wypełnia całe światło nozdrza. Odległość jego od otworu zewnętrznego wynosi około 1 cm..

Jama noso-gardzielowa i gardziel, oprócz lekkiego przewlekłego nieżyty, innych zboczeń nie przedstawia, krtań również bez zmian.

Gruczoły chłonne pozaszczękowe twarde, nieco powiększone, zwłaszcza po stronie lewej. Poza dolnym kątem muszli usznej lewej wyczuwa się gruczoł chłonny twardy, wielkości fasoli. Cała okolica nadgnykowa wypełniona wielką ilością twardych, powiększonych gruczołów. Gruczoły nadobojczykowe nie powiększone. Z gruczołów pachowych znajdują tylko jeden pod lewą pachą wielkości jaja gołębiego. Zresztą żadne inne gruczoły nie są powiększone.

W płucach, oprócz nieco osłabionego oddechu w lewym szczycie, żadnych innych zmian nie stwierdziłem. Wymiary tępości serca prawidłowe, tony czyste. Granice wątroby i śledziony prawidłowe. Stan ogólny dobry, łaknienie nieupośledzone, zboczeń w narządach trawienia niema. Chory nie kaszle, nie ma skłonności do nieżytyw oskrzeli, a jedynym objawem podmiotowym jest zatkanie nosa.

Dnia 5. IX. 1890 roku przystąpiłem do operacji. Po znieczuleniu nozdrza prawego kokainą za pomocą rozpylacza HARTMANN'a [unikałem pędzelka z powodu łatwego krwawienia, a stąd zanieczyszczenia pola operacyjnego], odjąłem większą część guza pętlką galwanokautystyczną. Wyjęty kawałek był wielkości orzecha tureckiego, nieco przyplaszczonego. Całą podstawę guza wyskrobałem doszczętnie ostrymi łyżeczkami, przyczem wystąpiło niezwykle obfite krwawienie, które ustało po wytamponowaniu nozdrza gazą jodoformową. Nowotwór wyjęty był miękkim, łatwo rozrywającym się, niesprężystym. Powierzchnia wyjścia guza, wielkości srebrnej czterdziestówki, zajmuje większą część chrzęstnej przegrody.

Badanie drobnowidzowe, dokonane przez prof. PRZEWSKIEGO, wykazało: cały nowotwór składa się z tkanki łącznej, której substancja między-komórkowa jest mniej więcej włóknistą i w różnych miejscach rozmaicie obfitą. Komórki tej tkanki łącznej w ogóle są krótko-wrzecionowate. Oprócz tego jest ona nacieczoną rozmaicie obfitą ilością leukocytów. W takiej tkance łącznej często spotyka się dużo guzików, w których środku znajdujemy jedną lub więcej komórek olbrzymich o znacznej ilości rozgałęziających się wyrostków. Na obwodzie protoplazmy komórek delikatnie ziarnistej leży wiele przyściennych owalnych jąder. W protoplazmie tej miejscami są drobne wakuole, jako też specyficznie barwiące się laseczniki KOCH'a. Wyrostki komórek olbrzymich łączą się w siatkę, której oczka wypełnione są przez bardzo duże komórki nabłonkowate (*epitheloide*). Dalej na zewnątrz widać pas wyraźny drobnokomórkowej infiltracji. Takich guzików, mających typową budowę gruzelków, w rozmaitych częściach wyjętego guza jest niejednakowa ilość — w ogóle jednak dużo i cały ten nowotwór przedstawia się jako cały szereg gruzelków, utrzymanych w związku przez opisaną wyżej tkankę łączną. Od zewnątrz guz pokryty jest nabłonkiem cylindrycznym, miejscami wyraźnie rzęskowym. Naczyń krwionośnych w guzie mało. Laseczniki KOCH'a, oprócz komórek olbrzymich, widać miejscami pomiędzy komórkami nabłonkowatymi gruzelków.

Dnia 26 grudnia 1891 roku widziałem chorego znowu. Na miejscu wyjętego nowotworu widać bliznę różową, pulchną, wielkości 20 groszy srebrnych. Stan ogólny dobry. Zupełnie swobodnie

oddechanie nosem trwało aż do czerwca 1892 r.. Wtedy chory zaczął uczuwać przeszkodę w tem-że nozdrzu co i dawniej, t. j. w prawem.

Dnia 5. IX. 1892 r., znalazłem stan ogólny i stan gruczołów zupełnie taki sam, jak przed rokiem.

W nozdrzu prawem na przegrodzie nosa guz w postaci walka, idącego ukośnie z góry i tyłu ku przodowi i dołowi. Guz ten wielkości dużej fasoli, koloru otaczającej błony śluzowej, t. j. różowy, na granicy górnej trzeciej części przewężony. Na dotyk zgłębnikiem dość miękkiej, choć mniej krwawiącej, niż zeszloroczny. Jest on usadowiony na tylnym odcinku dawnej blizny, której większa część jest widoczną i nowotworem nie zajęta. Powierzchnia przyrostu niezbyt wielka, gdyż dolna połowa nowotworu daje się odsuwać zgłębnikiem od przegrody nosa. Guz ten nie wypełnia całego światła nozdrza, lecz pozostawia swobodną szparę w górze na zewnętrznej stronie, jak również dużą część dolnego kanału nosa i dlatego też chory nie skarży się już teraz na całkowite zatkanie, lecz tylko na pewną przeszkodę w oddechaniu. Powierzchnia guza dość gładka, nie pokryta wydzieliną. Od zewnętrznego otworu nosa odległym jest górny brzeg guza na 3 cm., dolny na 2 cm., licząc od przedniego kąta przegrody.

Przy badaniu uszu znalazłem w lewym przewodzie zewnętrznym stwardniały woszczyk, który dał się łatwo usunąć kleszczykami w jednolitym kawałku wielkości grochu. W celu bliższego zbadania uszu odesłałem chorego do D-ra GURANOWSKIEGO, który znalazł: w uchu prawem zupełnie zabliznienie otworu w okolicy *membranae Shrapnelli*, z której to okolicy usunął przed dwoma laty polipa. Natomiast w uchu lewym proces destrukcyjny trwa w dalszym ciągu, w okolicy t. zw. *atticus tympani* ropienie i t. zw. *cholesteatoma*. Słuch z obu stron znacznie przytępiony.

Dnia 6. IX. 1892 roku usunąłem pięćcą galwonokaustyczną guz z przegrody nosa, podstawę jego wyskrobałem łyżką VOLKMANN'a. Krwawienie było tym razem bardzo małe. Powierzchnia przyrostu nieco mniejsza, niż srebrna dziesiątka. Ranę zasypywałem jodoformem. Gojenie szło tak samo prawidłowo, jak i w roku zeszłym. Chory wyjechał po 10 dniach z zabliznioną raną.

Wyjęty nowotwór oddałem do zbadania prof. PRZEWOSKIEMU, który był łaskaw zakomunikować mi, że wynik badania był zupełnie taki sam, jak przed rokiem.

Dnia 7. III. 1893 r., miałem sposobność w Towarzystwie Lekarskim przedstawić chorego, który zgłosił się do mnie z powodu powrotu cierpienia. Tym razem skarży on się na całkowite zatkanie lewej strony nosa, prawą oddecha zupełnie swobodnie. Na lewej stronie chrzęstnej przegrody guz wielkości orzecha laskowego, wypełniający całe światło; przylega on do dna i skrzydła nosa. Guz ten bladło różowy, gładki, owrzodzony na zewnętrznej powierzchni. Przegroda chrzęstna po stronie prawej pokryta płytkiem owrzodzeniem, miękka, jakby zmurszała.

Dnia 8. III. 1893 r., wyciąłem odpowiednio zgietymi nożykami całą chrzęstną przegrodę nosa wraz z guzem po jednej i owrzodzeniem po drugiej stronie. Resztki wyskrobałem *largam manu* ostremi łyżkami. Krwawienie dość znaczne. Tamponada gazą jodoformową. Nazajutrz po operacji chory zapisał się do szpitala Ewangelickiego z powodu *ischias rheumatica* w prawej nodze.

Badaliśmy szczegółowo wraz z kol. BABIŃSKIM płuca i żadnych zmian w nich nie wykryliśmy. Plwocina w małej ilości, śluzowa, laseczników KOCH'a nie zawiera. Wypływ ropny z lewego ucha trwa; słuch bardziej przytępiony niż dawniej. Gruczoły chłonne *in statu quo*.

W dwa tygodnie brzezi przedziurawienia przegrody zupełnie się obgoiły.

Wyjętą przegrodę wraz z guzem dałem znowu do zbadania prof. PRZEWOSKIEMU, który i tym razem znalazł gruczołki i nieco liczniejsze laseczniki KOCH'a.

Tak więc mamy tu do czynienia z pierwotną gruźlicą błony śluzowej nosa, występującą pod postacią guza (*tuberculom*). Cierpienie to trwa od lat sześciu i jak dotąd, pozostaje wyłącznie miejscowym i nie wywarło wpływu na stan ogólny.

Przypadek II. *Caries tuberculosa conchae inferioris dextrae. Ulcera tuberculosa septi narium.* Pani J. . . , żona adwokata, 41 lat mająca, pochodzi z rodziny dziedziecznie suchotami obciążonej. W 26 r. życia, podczas karmienia pierwszego dziecka [które przeżyło później *coxitidem tuberculosam*], dostała kaszlu przy dreszczach, gorączce i potach nocnych, wkrótce potem znacznego krwotoku płucnego; leżała 6 tygodni w łóżku, całą zimę nie wychodziła z domu, piła tran; lato spędziła na wsi. W rok po pierwszym krwotoku wyjechała do Görbersdorfu i po trzymiesięcznym pobycie wróciła stamtąd, w jej przekonaniu, zupełnie zdrową.

W ciągu następnych lat siedmiu miała czworo dzieci i czuła się dobrze, wyjeżdżając co rok latem na wieś i odżywiając się forsownie. Przed 8 laty podczas pologu straciła słuch w lewym uchu. W kilka tygodni później *mastiis abscedens*, przecięte przez lekarza domowego. Ropienie obfite trwało cały rok i dopiero po wykonaniu częściowej amputacji sutki rana zablizniła się w ciągu kilku tygodni.

Wtedy badałem poraz pierwszy chorą wraz z prof. BARANOWSKIM [17. V. 1886 r.]; znaleźliśmy oddech oskrzelowy i bronchofonię w szczycie prawym oraz oddech nieokreślony w lewym. Wysłana na lato do Szczawnicy, powróciła prawie bez kaszlu i ze znacznie lepszym odżywianiem. Od czasu ropienia z sutki wystąpiło znaczne osłabienie i zdenerwowanie, jakoteż nader silne bóle tyłu głowy. Z tych powodów, nie szukając już porady lekarzy, leczyła się wciąż sama zimną wodą, co trwało około 5 lat.

W 1891 roku wśród nieustannego nieżyty nosa, straciwszy słuch w uchu prawem, chora przybyła do Warszawy, gdzie wspólnie z prof. BARANOWSKIM i D-r'em TACZANOWSKIM, następujące stwierdziliśmy zmiany:

Dnia 8. V. 1891 r. Osoba szczupła, wycieńczona, w wysokim stopniu zdenerwowana, skarży się na kaszel, zupełną głuchotę i nieznośny nieżyt nosa z bardzo obfity, śluzoropną wydzieliną. W płucach rozległe nacieczenie szczytu prawego i nieco mniejsze lewego. *Otitis media purulenta bilateralis* z nieobfity wydzieliną.

W nozdrzu lewym błona śluzowa muszki czerwona, obrzmiała, kanały drożne; w prawem muszki średnia obrzmiała, dolna jej część pokryta guzem umiejscowionym na muszki dolnej. Guz ten wielkości orzecha laskowego dotyka i przegrody nosa; jest on, na pierwszy rzut oka, podobny do polipa. Przy badaniu zgłębnikiem okazuje się miękkim, niesprężystym, łatwo krwawiącym i złożonym z tkanki granulacyjnej; zakrywa prawie zupełnie światło nozdrza, zostawiając małą tylko szparę z dolnego kanału nosa. Na samym brzegu przegrody widać powierzchowne owrzodzenie wielkości 20 groszy srebrnych, przechodzące z jednej strony na podłogę nosa — z drugiej dochodzące do skóry mostka nosowego. Skóra w tem miejscu czerwona, zgrubiała, wilgotna, bardzo bolesna, jak zresztą i całe to owrzodzenie.

W jamie noso-gardzielowej, oprócz obfitej, śluzoropnej wydzieliny, żadnych wybitniejszych zboczeń nie wykryliśmy. Błona śluzowa gardzieli bardzo blada. Bładość ta najwybitniej występuje na podniebieniu miękkim i w krtani. Tylna ściana gardzieli pokryta cienką warstwą śluzu, miejscami sucha, usiana jest gdzieniegdzie granulacjami.

Krtani, oprócz wyżej wspomnianej niedokrwiistości, zmian nie przedstawia.

Dnia 10. V. 1891 r. usunąłem pętlą całą tę masę ziarninową, przyczem okazało się, że kostna część muszki dolnej jest zniszczoną. Wyjąłem ztamtąd duży sekwestr, bez żadnej trudności; wyskrobałem, o ile można, najdokładniej całą kość zmartwiałą i resztki ziarniny. Ranę traktowałem w ciągu kilku tygodni kwasem mlecznym; zupełnego jednak zabliznienia ani na muszki dolnej, ani na owrzodzeniu przegrody nosa nie otrzymałem. Subiektywnie chora czuła się lepiej, już to z powodu swobodniejszego oddychania, już też z powodu zmniejszonej wydzieliny.

Dnia 10. VI. 1891 r. wyjechała do Görbersdorfu na 2 miesiące, tam przybyło jej 8 funtów na wadze, kaszel znacznie się zmniejszył, nieżyt nosa jednak znowu się zwiększył.

Dnia 30. VIII. 1891 r. wyskrobałem znaczną ilość ziarniny z dolnej muszki i wtarłem energicznie kwas mleczny, co jednak sprowadziło tylko bardzo krótkotrwałą poprawę.

W marcu 1892 r. widziałem ją znowu, owrzodzenie na przegrodzie nosa o wiele płytsze i mniej bolesne. Na miejscu muszki dolnej prawej, która prawie zupełnie wyropiała, rozległe owrzodzenie, pokryte szarawą wydzieliną. Po dokładnem oczyszczeniu nosa i znieczuleniu kokainą przypaliłem całe owrzodzenie *largu manu* kwasem chromnym.

W kilka miesięcy potem otrzymałem od chorej wiadomość, że stan nosa jest taki sam jak dawniej, t. j. katar nieustanny ze znaczną ilością wydzieliny z przymieszką krwawą. Dawne owrzodzenie na brzegu przegrody nosa po stronie prawej znowu się powiększyło.

Dodać winienem, że kilkakrotne badanie płwociny wykazało łasieczniki KOCH'a i że syfilis jest tu wykluczony i na zasadzie badania i na zasadzie wywiadów.

Cierpienie uszu uznali również za sprawę gruźliczą D-r'wie TACZANOWSKI, HEJMAN i MODRZEJEWSKI. Stan uszu trwa bez zmiany w postaci ciągłego wpływu małej ilości ropy, nieustannego szumu w uszach i zupełne głuchoty.

W początkach stycznia 1893 r. skarży się chora na nieznośny ból i pieczenie w nosie po stronie prawej przy obfitej, śluzoropnej wydzielinie. Na muszli dolnej prawej znowu jest dosyć ziarniny. Na przegrodzie nosa obszerne owrzodzenie, zajmujące większą część chrzęstnej przegrody i przechodzące na skórę mostka, która jest z tej strony czerwoną, nacieczoną i bardzo bolesną. Na około tego owrzodzenia nacieczenie błony śluzowej w postaci grubego i szerokiego wału, również bardzo na dotyk bolesnego. Po odpowiednim znieczuleniu kokaïną i antypiryną, przystąpiłem do operacji przy pomocy kol. KLJEWSKIEGO. Wyskrobałem ostrą łyżką ziarninę na miejscu muszli dolnej i całą błonę śluzową przegrody wraz z ochrzęstną, która okazała się też zajęta przez sprawę chorobową. Usunąłem też i na około owego wału po kilka milimetrów zdrowych tkanek i znaczną część skóry po stronie prawej mostka, tak, że po operacji została obnażoną większa część chrząstki, która — sądząc z pozoru — była zupełnie normalnie lśniąca i biała. Całe nozdrze wytamponowałem gazą jodoformową. Chora mogła pozostać tylko tydzień w Warszawie i przez ten czas traktowałem ranę czystym balsamem peruwiańskim.

Kawałki wyjęte oddałem do zbadania prof. PRZEWOSKIEMU, który jednak nie znalazł w nich ani gruźleńców, ani łasieczników KOCH'a. Przebieg zaś kliniczny, zmiany typowe w nosie, uszach i płucach, nie mogą pozostawiać najmniejszej wątpliwości pod względem rozpoznania.

W kwietniu r. b. znalazłem u chorej zabliznienie rany pooperacyjnej na przegrodzie nosa. W głębi nozdrza znowu trochę granulacji. Na skórnej części przegrody [na mostku] powstało nowe swoiste owrzodzenie, które doszczętnie wyskrobałem.

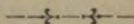
Przypadek ten zasługuje na uwagę, tak ze względu na wysoce przewlekły przebieg, jak i na ogromne zniszczenia i to tylko w prawym nozdrzu.

III. W KWESTYI WSPÓŁCZESNEGO LECZENIA SYFILISU WCIERANIAMI SZARUCHY I KĄPIELAMI SIARCZANEMI.

Podał

D-r Med. Antoni Elsenberg,

ordynator oddziału dla chorych wenerycznych i skórnych w szpitalu starozakonnym w Warszawie.



[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 18].

XII. List prof. M. Kaposi w Wiedniu. [dnia 6. II. 1893 r.]

Szanowny Kolego!

Odpowiedź moja na list Pana, opóźniła się bardziej, aniżeli przypuszczałem. Zrozumiałem, iż pragnie Pan, o ile możliwości, wyczerpującej odpowiedzi i dlatego wraz z moim asystentem, D-rem SPIEGLER'em, chemikiem z zawodu, chemiczną część odpowiedzi opracowaliśmy i dziś dopiero byłem w możności list wysłać.

Kaposi.

Odpowiedź profesora Kaposi [i jego asystenta D-ra Spiegler'a].

Aby rozstrzygnąć pytanie, do jakiego stopnia używanie kąpeli siarczanych, przy leczeniu wcieraniem szaruchy może wywierać wpływ szkodliwy lub obojętny, albo przeciwnie wpływać dodatnio na skuteczność leczenia, należy zwrócić uwagę na następujące punkty:

Przedewszystkiem pamiętać trzeba, że się ma tu do czynienia z kombinacją dwu czynników:

- 1) kąpeli w ogóle,
- 2) kąpeli siarczanych w szczególności, jako komplikacji.

Co się tyczy pierwszego punktu, niektórzy syfilidologowie wielką przywiązują wagę do częstych i regularnych kąpeli podczas leczenia rtęciowego i wśzystkie jego procedury łączą z kąpielami. Pewnem jest, że kąpiele wywierają duży wpływ na wessanie i wydzielanie rtęci; na wessanie — dlatego, że skóra rozmiękczonea i uwolniona od wśzystkiego, co mechanicznie do niej przylegało, staje się prawdopodobnie zdątną do wchłaniania znaczniejszej ilości rtęci, aniżeli w przeciwnym razie, wydzielanie jednak rtęci przytem bywa zwiększone.

Co się zaś tyczy kąpeli siarczanych, to przeważnie uwzględniamy tu źródła, w skład których, obok wahającej się zawartości siarkowodoru, głównie wchodzą węglany i siarczany alkali i ziem alkalicznych, a nadto siarek potasu lub sodu i sól kuchenna. Z powodu właśnie tego składu wód należy zwrócić uwagę, że woda taka, zawierając niewielkie ilości owych substancyi, nie drażni skóry, lecz nabiera tylko pewnej ługowatej własności, skutkiem czego działanie jej zbliżać się może do działania mydła. Kąpiel z podobnej wody mogłaby raczej skórę w znaczniejszym jeszcze stopniu uczynić zdątną do wchłaniania maści, aniżeli to czyni zwykła kąpiel NB. bez mydła.

Streszczając to, co się powiedziało o wpływie kąpeli, widzimy, iż więcej rtęci ulega wessaniu; ale być także może, iż względnie więcej jej się i wydziela, przyczem jednak pamiętać należy, iż rtęć przystająca do skóry, zostaje przez kąpiel usunięta.

Czy wśzystko to wpływa dodatnio, czy ujemnie na leczenie syfilisu — jest pytaniem jeszcze nierozstrzygniętem. Znany jest tylko ten fakt, że chorzy podlegają powrotom syfilisu w czasie, kiedy jeszcze wydzielają rtęć, przed miesiącami do ustroju przyjęta: że więc ta okoliczność, iż rtęć jeszcze we krwi krąży, nie jest w stanie przeszkodzić powrotowi syfilisu.

Ze stanowiska chemii jest to jednak prawdą, że przy używaniu kąpeli siarczanych w połączeniu z wcieraniami maści szarej, rtęć, znajdującą się na powierzchni naskórka, a być może także i w naskórku samym, przechodzi w nierozpuszczalny siarek rtęci. Tego faktu nierozpuszczalności nie należy brać bardzo w rachubę; trzeba go przyjąć *cum grano salis*, gdyż wchłanianiu nieznacznych ilości rtęci, o które tu właśnie idzie, nie może on stać na przeszkodzie. Przecież sama oficynalna szara maść zawiera rtęć w postaci nierozpuszczalnej, a leczenie wcieraniami wykonywano z powodzeniem i wtedy, gdy używano zamiast szaruchy, maści z kalomelu i precypitatu, a więc także przetworów nierozpuszczalnych, i przekonany jestem, że możnaby również z powodzeniem posługiwać się maściami z siarku rtęci.

Pod żadnym jednak pozorem nie można mówić o „neutralizacji“ rtęci w tem znaczeniu, jakoby działanie rtęci ulegało zneutralizowaniu; raczej odbywa się tu tylko przejście z jednej postaci nierozpuszczalnej w inną również nierozpuszczalną postać rtęci.

Co się zaś tyczy gazu siarkowodorowego i zawartości gazu tego w wodzie niektórych kąpeli, to wchłanianie go w bardzo małych ilościach przez skórę i płuca, a w ten sposób i dostawanie się do krwi, jest możliwe. Siarkowódór mógłby się więc połączyć z hemoglobiną, wypierając tlen, albo kwas węglany, lub też być może, iż bezpośrednio przeprowadza rtęć w nierozpuszczalną i w ten

sposób opóźnia jej wydzielanie (*Depots*). Można by mniemać, że przez to związanie siarkowodoru, który należy przecież do najgwałtowniejszych trucizn [trzy miligramy wstrzyknięte królikowi do jamy otrzewnej, już go zabijają], działanie jego byłoby zniesione. Czy zaś takie działanie składowe (*deponirende*) jest pożądanem lub nie, o tem wyrokować nie mogę, powołując się na to, co wyżej powiedziałem, oraz z powodu braku dostatecznie zbadanych odnośnych faktów. Ilości siarkowodoru, ulegające wessaniu, muszą w samej rzeczy być niezmiernie małe; w przeciwnym bowiem razie u osób, u których rtęć w ustroju nie krąży, siarkowódór zamiast z tym metalem, łączyłby się hemoglobina, a wtedy przy stosowaniu kąpeli siarczanych, spostrzegalibyśmy ciężkie zapadania na zdrowiu, pomnąc na ogromną jadowitość siarkowodoru. Faktów takich jednak nie znamy, a więc moglibyśmy czynnika tego nie brać pod uwagę.

Co się zaś tyczy przytoczonego przez Pana faktu, że z dwu osobników, którzy pozostawali w jednakowych warunkach, ten z nich, który używał kąpeli siarczanych wydzielał z moczem mniej rtęci, aniżeli ten, który się nie kąpał, fakt ten mógłby znaleźć dostateczne wyjaśnienie w tem, co się wyżej powiedziało; pozwoliłbym sobie jednak zwrócić uwagę, że te jednakowe warunki w praktyce ledwie że osiągnąć się dają; sam sposób wcierania już może wpłynąć na różnicę wchłaniania, a oprócz tego trzeba pamiętać, że z określenia ilości rtęci w moczu wcale nie można na pewno wnioskować o bezwzględnej ilości rtęci wydzielanej, albowiem z kałem zmienne ilości mogą być wydalone, a z żółcią także znaczne jej ilości się wydzielają.

Résumé.

Kąpiele podczas leczenia wcieraniem szaruchy wpływają zarówno na przyjęcie jak i na wydzielanie rtęci, innemi słowy, pobudzają przemianę materii rtęciową (*Quecksilberstoffwechsel*). Być może, iż kąpielom siarczany specyjalnie możnaby przypisać jeszcze dalej sięgające te własności pobudzania przemiany materii, dlatego, że kąpanie się w takich wodach alkalicznych, wskutek znaczniejszego rozmiękczenia skóry, wzmacnia zdolność chłonnicy tej ostatniej. W ogóle zaś uważam to za rzecz obojętną; nie idzie tu bowiem nigdy o bezwzględną ilość rtęci, która ma być wessaną, ale zawsze o ilość względną, to jest taką, jakiej choroby wymaga, by jego objawy syfilityczne były usunięte. A ilość ta bywa w każdym przypadku i u każdego osobnika inną.

Działania specyficznego kąpiele siarczane nie posiadają.

Pytanie, czy pod względem leczniczym byłoby do życzenia, aby rtęć krążyła możliwie długo w ustroju, albo też, czy należałoby dążyć do jej szybkiego wydalenia, nie zostało jeszcze rozstrzygniętem na drodze doświadczalnej. Z rozwiązaniem tego pytania otrzyma się też odpowiedź o wartości leczniczej kąpeli, a więc i kąpeli siarczanych.

XIII. List Docenta D-ra Finger'a w Wiedniu. [dnia 9. IV. 1893 r.]

Szanowny Kolego!

Niniejszem przesyłam Szanownemu Koledze odpowiedź na Wasze pytanie; odpowiada ona mojemu przekonaniu i doświadczeniu. Zróbcie z niej użytek, jaki Wam się zda stosownym.

E. Finger.

Odpowiedź Docenta E. Finger'a.

Pragnie Pan poznać mój pogląd na skombinowane leczenie merkuryalne, zwłaszcza wcieraniami, z leczeniem kąpielami siarczanymi; o kwestyi tej już niejednokrotnie ustnie i piśmiennie dyskutowaliśmy.

Zdaje mi się, że łatwiej zrozumianym będę, jeżeli kwestyę tę rozbiję na dwie niezależne od siebie.

I. Jak działają kąpiele siarczane na rtęć, znajdującą się już w organizmie? Przedewszystkiem zwrócę tu uwagę na następujące doświadczenie, do którego sam doszedłem na podstawie własnych analiz moczu.

Gdy u chorego raz lub wielokrotnie zastosujemy energiczne leczenie rtęciowe, zauważymy wtedy, że podczas i po ukończonem leczeniu przez czas pewien [co po energicznym leczeniu nawet miesiące trwać może] wydziela się rtęć z kałem i moczem. Wydzielanie to, które bynajmniej nie jest równomiernem, lecz przeciwnie bywa niejednostajnem, a nawet przepuszczającym, w końcu ustaje i po jakimś czasie nie znajdujemy już rtęci w kale i mocz, pomimo wielokrotnych badań. Możliwe byłoby przypuszczenie, że wydzieliła się cała rtęć, wprowadzona do organizmu; ale tak nie jest. Część wprowadzonej rtęci pozostaje utajoną w organizmie. Gdzie i jak się ona deponuje, dotychczas nie wykazano. Być może, iż część zredukowanej rtęci przebywa w komórkach wątrobowych. Że pewna część rtęci pozostaje w organizmie, a nie wydzieliła się, dowodzi następujący fakt, o którego prawdziwie niejednokrotnie sam się przekonałem: gdy chorego, który przebył energiczne leczenie rtęciowe, a u którego kilkakrotne badanie rtęci w mocz, nie wykryło, posłemy do kąpeli siarczanych, spostrzegamy nieraz, iż po kilku już kąpielach siarczanych, chociaż chory rtęci jednocześnie nie przyjmował, znów rtęć w mocz, występuje.

Doświadczenie to uczy, że:

- a) u chorego pozostała jeszcze rtęć w organizmie po ostatnim leczeniu;
- b) leczenie kąpielami siarczanymi sprawia, iż utajona rtęć wchodzi w obieg i wydziela się.

Kąpiele więc siarczane pozostałą w organizmie i niedziałającą rtęć doprowadzają do wydzielenia.

Zupełnie tak samo wpływają kąpiele siarczane i na rtęć jednocześnie z niem wprowadzaną do organizmu. Jeżeli chory otrzymuje jednocześnie rtęć do wewnątrz lub podskórnie i przyjmuje kąpiele siarczane, to te ostatnie podsycają eliminację merkuryusza, wzmagają ją, przeszkadzają pozostawaniu utajonej rtęci w organizmie, podtrzymują więc działanie leczenia rtęciowego.

II. Całkiem odmienne jest pytanie, jak działają kąpiele siarczane na współcześnie stosowane wcierania, jak działa kąpiel siarczana na wchłanianie przez skórę rtęci.

Przedewszystkiem musimy tu pamiętać o tym fakcie, że skóra wtartą rtęć powoli wchłania. Jeżeli np. dziś wetrzemy choremu szaruchę w obie łydki, to wtarta rtęć wchłania się nie tylko dzisiaj, ale i nazajutrz, na trzeci dzień i t. d. Że tak jest, dowodzą doświadczenia kontrolujące, które łatwo przeprowadzić w ten sposób, że dwóm chorym zalecamy cykl wcierań z jednakową ilości szar-

rej maści. Jeden z nich obmywa każde wcieranie po upływie 24 godzin, drugi zaś przyjmuje kąpiel po ukończonym cyklu wcierań. U pierwszego wpływ leczenia na objawy syfilityczne jest słabszy, ilość rtęci w moczu mniejsza, aniżeli u drugiego.

Doświadczenie to wpłynęło na moje postępowanie terapeutyczne, gdyż tam, gdzie mi zależy na osiągnięciu szybkiego efektu, postępuję w następujący sposób:

Chory otrzymuje swój cykl 5-iu wcierań.

- 1 dnia w obie łydki,
- 2 „ w oba uda,
- 3 „ w boczne części klatki piersiowej i brzuch,
- 4 „ w grzbiet,
- 5 „ w obie kończyny górne.

Szóstego dnia nie zalecam bynajmniej ogólnej kąpieli, tylko obie łydki chorey obmywa sobie wodą mydlaną i natychmiast w nie wciera szaruchę; siódmego dnia tak samo się postępuje z udami i t. d.

W ten sposób maść szara pozostaje przez 5 dni na każdej części ciała, poczem bywa obmywaną i zaraz w nią wcieranie się dokonywa. Efekt tak zmodyfikowanego leczenia, jak się o tem łatwo można przekonać, jest o wiele większy.

Jeżeli zaś chory, któremu codziennie dajemy wcieranie szaruchy, przyjmuje i codziennie kąpiel siarczaną, zauważymy, co następuje.

Drobnziarnista metaliczna rtęć, roztarta po skórze i wtłoczona do otworków gruczołowych, tworzy natychmiast z siarkowodorem, znajdującym się w każdej wodzie siarczanej, czarny siarek rtęci. Skóra chorego staje się czarną. Ów siarek rtęci jest ciałem trudno rozpuszczalnem, nie rozpuszcza się wcale w siarczanych i siarkach, znajdujących się w wodzie kąpielowej, nawet nie rozpuszcza się w stężonych kwasach, jak np. w kwasie azotnym. Siarek rtęci nie wchłania się, co jest rzeczą niewątpliwą. Co do tego, wszyscy chemicy są jednego zdania.

Jeżeli więc chory dostaje wcieranie, a następnie do kąpieli siarczanej wchodzi, w takim razie znaczna część wtartej mu rtęci przechodzi w nierozpuszczalny siarek rtęci, absolutnie niezdolny do rezorbcyi.

Zalecanie więc jednoczesne wcierań i kąpieli siarczanych jest nieracjonalne, gdyż kąpiele siarczane wprost przeszkadzają i zmniejszają rezorbcyę rtęci, w porównaniu z samemi tylko wcieraniem jest wprost osłabieniem, ograniczeniem, zniesieniem efektu leczniczego, który za pomocą rtęci staramy się osiągnąć.

To moje przekonanie niejednokrotnie wygłaszałem, w podręczniku moim nawet je pomieściłem i w każdym danym przypadku zwracam szczególną uwagę na rozłączenie tych dwu kuracyi: najprzód wcierań, a później dopiero jako leczenie następcze (*Nachcur*) kąpiele siarczane.

Jeżeli zaś podczas kąpieli siarczanych wypadnie rtęć zastosować, należy ją podawać do wewnątrz lub też podskórnie. *De facto* w ostatnich latach widywałem bardzo dobre wyniki lecznicze w badeńskich termach siarczanych u chorych, którym co tydzień robiono wstrzykiwania z salicylanu rtęci. Ale kombinacyę wcierań i kąpieli siarczanych, zwłaszcza przy świeżych postaciach syfilisu, wtórnych wysypkach i powrotach, uważam za bezwarunkowo przeciwwska-

zaną i z własnego doświadczenia znam liczne takie przypadki, w których wtórne wysypki takiemu skombinowanemu leczeniu długo się opierały, ledwo znikły i już znowu powracały, aż dopiero zastosowane leczenie samemi tylko wcieraniami trwałszy efekt wywarło; nie ulega wątpliwości, że działa się tak dlatego, że kąpiele siarczane utrudniały i przeszkadzały rezorbcyi rtęci.

Podług mego zdania i podług bezstronnych obserwacyi, doświadczenie, chemia i prosta logika są tu w zupełnej zgodzie.

W tych wierszach starałem się wypowiedzieć mój pogląd na postawioną mi przez Was kwestyę.

XIV. List prof. Rosnera w Krakowie. [dnia 23. IV. 1893].

Szanowny Kolego!

W odpowiedzi na szacowny list Kolegi z zapytaniem: jaki zachodzi stosunek między wynikiem leczenia kily wcieraniem szaruchy i równoczesnem używaniu kąpielei siarczanych, a wcieraniem szaruchy bez takich kąpielei, pozwalam sobie donieść, że ani w klinice, ani w praktyce prywatnej nie używam wcierań i kąpielei siarczanych równocześnie i dlatego z własnego doświadczenia powiedzieć nie mogę, czy i o ile kąpiele siarczane znoszą lub osłabiają działanie wcierań szaruchy. W klinice używam ze względów praktycznych najczęściej wstrzykiwań różnych przetworów rtęciowych; w praktyce zalecam częściej wcierania z kąpielami letniemi zwykłemi, ale nigdy z siarczanami. Co się zaś tyczy chorych, leczonych w kąpielach siarczanych wcieraniem szaruchy z równoczesnem używaniem kąpielei siarczanych, a których miałem sposobność obserwować przez dłuższy czas, to widziałem u nich wyniki bardzo dobre, mniej dobre i niepomysłne, a więc takie same, jak po leczeniu kily wcieraniem szaruchy bez kąpielei siarczanych. Teoretycznie rzecz biorąc, to Kolega ma zupełną słuszność, ale w tej kwestyi teoria nie zostaje w zgodzie z praktyką, jak to zresztą i w innych kwestyach medycznych tak często, niestety, się zdarza. Przepraszając, że dla braku czasu opóźniłem się nieco z odpowiedzią i prosząc przyjąć zapewnienie wysokiego szacunku, zostaję z koleżeńskiem pozdrowieniem.

Rosner.

XV. List Docenta D-ra Zarewicza w Krakowie. [dnia 25. IV. 1893 r.].

Szanowny Kolego!

Stosownie do życzenia Szanownego Kolegi przesyłam Mu moje zapatrywanie co do poruszonej przez Niego kwestyi.

Dawnemi czasy, wychodząc z tego samego zapatrywania co Szanowny Kolega, byłem tego samego co On zdania: skoro jednak na miejscu [w kąpielach siarczanych, jak np. Trenczyn], przekonałem się o skuteczności działania rtęci przy równoczesnem stosowaniu kąpielei siarczanych, zapatrywanie moje w ten sposób zmieniłem: że przy równoczesnem stosowaniu wcierań szaruchy i kąpielei siarczanych zmiany syfilityczne, należące do okresu kily wczesnej, równie szybko ustępują [przy równych dawkach szaruchy], jak przy wcieraniach bez kąpielei siarczanych, natomiast jednak zasługuje na wielkie uwzględnienie ta okoliczność, że u tych chorych niewystępowały znane objawy zatrucia rtęciowego, coby świadczyło, że chorzy przy równoczesnem stosowaniu kąpielei siarczanych lepiej rtęć znoszą, aniżeli bez nich. Szczegół ten tak sobie tłumaczę, że tylko małe ilości rtęci dostają się do ogólnego obiegu, a które mimo to wystarczają do skutecznego usuwania zmian syfilitycznych, co ogromnie wartość kąpielei siarczanych podnosi.

Sprawa przez Szan. Kolegę poruszona jest wielkiej wagi, a ponieważ bez wątpienia nie była ona dotychczas tak traktowaną, jak na to zasługuje, wartoby się nią goręcej pod względem naukowym zająć, a nie wątpię, że dowiedzielibyśmy się wiele ważnych, a ciekawych szczegółów.

Łącząc wyrazy poważania, przepraszam najmocniej za opóźnienie i pozostaję z prawdziwym szacunkiem.

Zarewicz.

[D. n.].

NOTATKI LEKARSKIE.

— 3 —

10. Przebieg urazowego zapalenia opon mózgowych.

Dnia 3 marca 1892 r. przywieziono do ziemskiego szpitala [m. Kromy, gub. Orłowska] włościanina, uderzonego przed 3-ma tygodniami drągiem w głowę. Chory, 23-letni, średniego wzrostu, silnej budowy, ma na głowie, w okolicy kości ciemieniowej lewej, ranę długości 4 ctm., skośnie przebiegającą i pokrytą ziarniną. Dokoła włosy zlepione i zwilżone ropą, która z pośród ziarniny wydobywa się obficie, skoro uciskać poczniemy podatne powłoki czaszki ponad górnym końcem rany. Zgłębnik wykazuje odłuszczenie skóry i pod nią chropawą powierzchnię czaszki. Ciepłota 38° C., tętno 80, nieregularne, twarz blada, powieki przymknięte, źrenice rozszerzone nie poruszają się pod wpływem światła. Ból głowy w okolicy czoła i potylicy, oraz zawrót jej taki, że chory nie może ani stać, ani siedzieć, po za tem jest apatyczny, mówi z trudnością, nie otwiera oczu, wreszcie nie odróżnia światła od ciemności. Objawy te wystąpiły wkrótce po uderzeniu.

Rozciąwszy ranę, wyczułem na dnie jej okrągły, wklęsły odłam czaszki, który natychmiast obnażyłem, dodając 2-gie cięcie prostopadłe do 1-go. Wielkość odłamu nie przenosi 6 groszy, brzeg jego prawy wsunął się pod brzeg czaszki, lewy zaś nadłamany trzyma się jeszcze na zewnętrznej swej blaszce. Odsunąwszy okostną, oddłutowałem brzeg czaszki na tyle, że mogłem pochwycić podsunięty pod nią odłam. Po usunięciu tegoż z głębi trysnął strumień żółtawej, cuchnącej ropy. Wówczas ujrzałem oponę mózgową mocno zaczerwienioną i pokrytą drobnymi nadżarciami, lecz nie przedziurawioną. Ranę przemyłem rozczyntem 4% kwasu bornego, a po włożeniu sączków i zeszyciu, jak zwykle opatrzyłem.

Po operacji chory doznał ulgi z powodu zmniejszenia się bólu głowy; wieczorem—dreszcz, ciepłota 38,4° C. Nazajutrz stan gorączkowy, tętno 100. Chory nieprzytomny, robi pod siebie. Źrenice więcej rozszerzone i na światło obojętne. W ciągu następnych 4 dni ciepłota waha się od 40,1—39,2°, tętno 120, śpiączka, na prawem oku zez zbieżny. Opatrunki zmieniłem co 2 dni, przemywając ranę rozczyntem 4% kwasu bornego lub 2% kwasu karbolowego. Szóstego dnia po operacji zwrot ku lepszemu. Chory napół przytomny, ciepłota wogóle niższa, gruczoły chłonne na szyi obrzmiałe, na ciele obfity trądzik (*acne*); po kilku dniach spostrzegłem różę na prawym policzku i uchu. Powikłanie to wkrótce znikło, a pacjent wyraźnie poprawiać się zaczął. Mimo to jednak dopiero po miesiącu wstał z łóżka zupełnie ślepy. Gdy opuszczał szpital, znalazłem stan następujący: źrenice, jak przedtem, rozszerzone, tylko na chwilę zwięzają się pod wpływem ezeryny, zezu niema, kończyny lewe w stanie pewnego niedowładu, odruch kolanowy lewy wzmógł, gruczoły chłonne szyjowe powiększone. Rana na głowie podgaja się dość żwawo. Nie ulega wątpliwości, że w przypadku powyższym spóźniony zabieg operacyjny, choć uratował życie choremu, nie mógł jednak ocalić jego wzroku już pewnie dlatego, że zapalenie opon mózgowych ropne w ciągu 3-ch tygodni zrobiło swoje.

D-r Franciszek Koczorowski.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

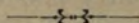
LECZENIE CHIRURGICZNE

WYSOKICH STOPNI KRÓTKOWZROCNOŚCI ZA POMOCĄ USUNIĘCIA SOCZEWKI.

Podał

Leon Feinstein,

asystent oddziału chorób ocznych D-ra KRAMSZYTKA w szpitalu starozak.



Treść: Dotychczasowe leczenie krótkowzroczności. — Potrzeba energicznej interwencji. — Rys historyczny. — Wskazania do operacji. — Sposób operowania. — Dodatnie i ujemne strony tej metody leczenia. — Kilka spostrzeżeń.

Gdy się dawniej mówiło o leczeniu krótkowzroczności, miano jedynie na celu powstrzymanie jej postępu i usunięcie różnorodnych objawów patologicznych, które bardzo często krótkowzroczności towarzyszą. Postęp jej starano się powstrzymywać głównie za pomocą przepisów higienicznych; później, wobec niemożności zapewnienia każdemu choremu warunków ściśle higienicznych, zaczęto stosować i środki lecznicze. Tembardziej nowe te środki stosować należało, że same przepisy higieniczne nie zawsze dobre wyniki dawały. Jednym z takich środków leczniczych była tenotomia mięśnia prostego zewnętrznego, zalecona przez GRAEFÉ'go, na zasadzie licznych spostrzeżeń. Niedawno GERLOFF¹⁾ radził, jako środek powstrzymujący wzrost krótkowzroczności, przeniesienie przyczepów mięśni prostych, zewnętrznych i wewnętrznych, ku tyłowi, skiero tylko wydłużanie się gałki zaczyna występować. JAVAL przypisywał wzrost krótkowzroczności głównie mięśniowi rzęskowemu i wskutek tego zalecał atropinę i spokój. DRANSART²⁾ wychodzi z tej zasady, że krótkowzroczność postępuje i jaskra są skutkami jednej i tej samej przyczyny, a mianowicie powiększenia płynów wewnątrz-gałkowych. Większa ilość płynów wywołuje rozciąganie się błon oka. Radzi też DRANSART również, jak przy jaskrze, irydektomię albo sklerotomię. Rozumie się, że chirurgiczne to leczenie stosuje autor w wyjątkowych razach. Z opisanych przez niego 20 przypadków autor w 19 znalazł znakomite polepszenie siły widzenia po operacji. Obok leczenia chirurgicznego stosował DRANSART wstrzykiwania pilokarpiny, wcieranie rtęci i po pewnym czasie strychninę. Wszystkie te środki miały na celu zapobieganie ciąglemu wzrostowi krótkowzroczności, groźne zaś zaburzenia, od tego wzrostu nieodłączne, starano się usuwać różnymi sposobami. Teraźniejsze leczenie w niczem prawie się nie różni od leczenia, które DONDEERS³⁾ podaje. Podług tego ostatniego, przy leczeniu krótkowzroczności należy: 1) przepisać odpowiedni sposób zachowania się, 2) wybrać takie szkła, któreby czyniły dogodniejszym używanie oka krótkowzrocznego i zapobiegały jednocześnie niebezpieczeństwom, z postępu tej wady lamliwości wynikającym, 3) usunąć zmęczenie mięśni prostych wewnętrznych przez odpowiednie ustawienie szkieł wklęsłych lub połączenie ich z pryzmatycznymi, wreszcie przez tenotomię mięśni prostych zewnętrznych, 4) usuwać pojawiające się zaburzenia następcze, które ze swojej także strony sprowadzają coraz znaczniejsze skraccanie się przestworu wyraźnego widzenia.

Zdawałoby się, że, wykonywając przepisy DONDEERS'a, można każdego krótkowzrocznego zadowolić. Nie jest to tak jednak. Zdarza się, że pomimo

¹⁾ GERLOFF. Beitrag zur Arbeitsmyopie. Bericht über die 22 Versammlung der Ophthal. Gesell. Heidelberg.

²⁾ DRANSART. Guérison de la myopie progressive par l'iridectomie et la sclérotomie. Annales d'oculistique. 1885.

³⁾ DONDEERS. Anomalie refrakcyi i akomodacyi.

zaleconych środków i dobrania najodpowiedniejszych szkielek chory wciąż do lekarza powraca, skarżąc się, że pracować nie może, że widzi podwójnie, przedmioty wydają mu się przekształconymi. *Photopsia*, bóle głowy, niemożność dłuższego patrzenia na zbliżone przedmioty, a nadewszystko zmniejszanie się stopniowe siły widzenia nadzwyczajnie chorego niepokoją. Przy oftalmoskopowaniu znajduje się zwykle u takich chorych krótkowzroczność, mniej więcej 15 D wynosząca, górniak tylny dużych rozmiarów i znaczne zmiany w naczyniówce. Lekarz wobec takich chorych jest często bezsilny. Nie też dziwnego, że pomimo tylu środków, wzrostowi krótkowzroczności zapobiegać mających, starano się również o usunięcie samej niewymierności oka, a tem samem i objawów, które niewymierność ta wywołuje. Krótkowzroczność, jak wiadomo, prawie wyłącznie od przedłużenia osi widzenia zależy. Ponieważ osi widzenia zmniejszyć nie jesteśmy w stanie, zostaje więc dla usunięcia krótkowzroczności jedyny sposób, polegający na zmniejszeniu łamliwości danego oka za pomocą wycięcia soczewki. Próbował wprawdzie GAŁĘZOWSKI wyciąć część rogówki, wywołaną w ten sposób blizną rogówkę spłaszczyć i tem samem łamliwość oka zmniejszyć. GAŁĘZOWSKI wychodził z zasady, że oko, zbudowane zupełnie prawidłowo, musi być krótkowzrocznem, jeżeli rogówka jest wypuklejszą, niż zwykle. Sposób GAŁĘZOWSKIEGO nie nadaje się w każdym razie do oczu z wysoką krótkowzrocznością, bo, jak to DONDEERS wykazał, krótkowzroczni mają wogóle rogówkę mniej wypukłą, aniżeli ludzie z prawidłowym wzrokiem, oraz że jest ona szczególnie spłaszczoną w oczach w najwyższym stopniu krótkowzrocznych. Jak widzimy, jedynie wyjęcie soczewki przezroczystej z oka krótkowzrocznego może w znaczny bardzo sposób łamliwość oka zmniejszyć.

Na usprawiedliwienie tak energicznego zabiegu przytoczyć można, że krótkowzroczność dużego stopnia jest chorobą, grożącą choremu wielkiem niebezpieczeństwem. Dość przypomnieć, że 5% ślepych tej właśnie wadzie refrakcyi ślepotę swoją zawdzięcza, że oderwanie siatkówki jest jedną z najczęstszych chorób, na jakie krótkowzroczny jest narażony. A zresztą fakt ten, że innym sposobem choremu niepodobna pomódz, w zupełności usprawiedliwia tę metodę leczenia. Zarzut przeciwników, że naraża się chorych na poważną operację wtedy, gdy dobranie szkielek odpowiednich do tegoż rezultatu prowadzi, jest niesłuszny. Operację właśnie dlatego rozpoczęto stosować, że wszelkie inne środki chorych nie zadawały. Zwyczajny przykład to objaśni.

Gdy przy krótkowzroczności średniej, dajmy na to, 7 D wynoszącej, zupełnie albo też prawie zupełnie zubożniająca szkła choremu pomagają, to już chory z M10D, niestety, nie zawsze zupełnie zubożniająca szkła otrzymywać mogą. Można wprawdzie i tu poradzić sobie w ten sposób, że choremu daje się słabsze, niż tego zupełna korekcya wymaga, szkła, a w wyjątkowych przypadkach dodaje się do noszenia *pince-nez*. Przy wyższych stopniach krótkowzroczności choremu pomódz jeszcze trudniej. Zupełnie zubożnić M20D nie można, bo chory ze zmniejszoną siłą widzenia [jak to bywa prawie zawsze przy wysokich stopniach krótkowzroczności] nie widzieć nie będzie, popierwsze dlatego, że szkła mocne znacznie przedmioty zmniejszają, a powtórnie szkła takie olśniewają chorego wskutek zbyt silnego światła, jakie pada na oko chorego przez mocne wklęsłe soczewki. Jeżeli chory z M15D otrzyma szkło—10D, jako najodpowiedniejsze dla niego z powyżej wskazanych względów, to z tego chory niewielką korzyść odnosi. Po zubożnieniu w danym przypadku tylko części pewnej krótkowzroczności choremu zostaje jeszcze niewymierność, 5 D wynosząca, co znaczy, że najdalszy punkt wyraźnego widzenia znajduje się w odległości wszystkich 20 ctm. od chorego. Już dalej chory będzie widział w kręgach rozpięzłych. Nie zawsze zresztą chory okulary — 10 D znosi. Skutkiem zmniejszenia się obrazów siatkówkowych [szkła wklęsłe posuwają ku siatkówce punkt węzłowy] chory przysuwa przedmioty do oka bliżej, niż potrzeba, co ujemnie na akomo-

dacę wpływa, a jeszcze ujemniej przy niższej sile widzenia. Takim chorym brak soczewki dużą korzyść z różnych względów przynosi; nie tylko bowiem o wyraźne widzenie z bliższej lub dalszej odległości chodzi. Znaczne przechylenie głowy ku przodowi, mocna zbieżność osi wzrokowych, wywołując przekrwienie i podrażnienie tak zewnętrznych, jak i wewnętrznych części oka, wpływają w dużym stopniu przy usposobieniu wrodzonym na przyspieszenie górniaka tylnego. Jeżeli zaburzenia te, oprócz zmian w naczyniówce, sprządzają również podrażnienie siatkówki, to powstaje tak zwany niedoślep krótkowzrocznych, który często powraca i coraz w większym stopniu.

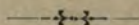
Wprawdzie konieczność mocnej zbieżności i przechylenia głowy ku przodowi przez używanie szkieł może często być usunięta, ale bywa czasami, że usposobienie do zbieżności i przechylenia głowy jest tak wielkie, że szkła nie są w stanie znieść go całkowicie. Mocnej zbieżności można także zapobiedz i w inny sposób. Nie pozwala lekarz choremu na zbyt długą pracę z bliższej odległości, albo zaleca zupełny spokój, gdzie zaś pracy uniknąć niepodobna, odsuwa punkt wyraźnego widzenia za pomocą szkieł odpowiednich do 16 albo 18 cali od oka. Ale ani z jednego, ani z drugiego choroby zadowolonymi nie są. Zalecać spokój nie zawsze i nie każdemu można. Już nie mówiąc o tem, że biedni chorzy na zbytek taki pozwalać sobie nie mogą, ale i bogaci niechętnie do takiego przepisu stosować się będą. Drugi zaś sposób, t. j. odsuwanie punktu wyraźnego widzenia, choćby do 16 cali, nie zawsze jest możliwy ze względu na zmniejszoną siłę widzenia.

Wobec danych powyższych nie dziwnego, że leczenie krótkowzroczności drogą operacyjną coraz bardziej się rozpowszechnia. W literaturze opisanych dotąd przypadków leczenia tą nową metodą jest do 70. W jednym tylko przypadku zanotowano złe następstwa, co zresztą było skutkiem nie metody leczenia, lecz, być może, sposobu operowania. W pozostałych przypadkach rezultaty otrzymano bardzo dobre. Spodziewać się więc należy, że skoro wskazania do operacji i sposób operowania będą ściślej określone, tego rodzaju złych następstw metoda ta za sobą nie pociągnie. O przyszłości tej metody dalsze badania zawyrokują. Wobec dotychczasowych wyników niektórzy autorowie przepowiadają operacji tej przyszłość świetną [PFLUEGER, SCHROEDER, ABADIE].

Myśl wyjęcia soczewki przy wysokich stopniach krótkowzroczności pierwszy podał WEBER w roku 1858 na zebraniu lekarzy w Heidelbergu. Później od czasu do czasu toczyły się rozprawy w tej kwestyi, lecz w praktyce nikt nie zastosowywał tej nowej metody leczenia. Zachodziły znaczne różnice w poglądach autorów. MAUTHNER wyraził zdanie, że oko krótkowzrocznego wiele przez brak soczewki wygrywa, inni autorowie byli przeciwnego zdania. Niektórzy zwracali uwagę na znany oddawna fakt, że u ludzi starszych po operacji zaćmy przy wysokiej krótkowzroczności siła widzenia znacznie się podnosiła w porównaniu z tą, jaką chorzy byli obdarzeni jeszcze przed rozwinięciem się zaćmy. Pewne wskazówki dawały także poszukiwania nad stanem oczu u ludzi z brakiem wrodzonym soczewki, u ludzi operowanych z powodu zaćmy wrodzonej, która podług DONDERS'a zwykle u krótkowzrocznych ma miejsce. Głównie jednak, jak mówi FUKALA, duża ilość chorych, którym on nie był w stanie pomóc, skłoniła go do spróbowania, czy nie da się drogą chirurgiczną wybawić chorego z jego kłopotów. Już w roku 1889 przedstawił FUKALA na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego we Wiedniu dwóch chorych, u których dokonał wyjęcia soczewki z powodu wysokiego stopnia krótkowzroczności. U chorej z M20D siła widzenia, która przed operacją równała się $\frac{1}{25}$, wynosiła po operacji $\frac{1}{10}$. Po pewnym czasie siła wzroku podniosła się do $\frac{1}{2}$. U chłopca 16-letniego z M13D siła widzenia z $\frac{1}{10}$ podniosła się do $\frac{1}{5}$, a następnie do $\frac{2}{3}$. Świetny ten rezultat skło-

nił autora do dalszej pracy w tym kierunku. Podczas trzech lat ostatnich operował FUKALA 19 razy — i zawsze z dobrym skutkiem. Już te 19 przypadków dowodzą, że bez nadzwyczajnego dla chorych niebezpieczeństwa wybawia się ich z położenia bez wyjścia. Na początku tegoż 1889 roku VACHER, nie wiedząc nic o operacjach FUKALI, wykonał pierwszą swoją ekstrakcję soczewki przezroczystej. FUKALA jedynie dysczyze robił. W roku 1890 na posiedzeniu Towarzystwa okulistów w Paryżu podczas rozpraw nad sposobami leczenia krótkowzroczności postępowej VACHER mówił o 2 dokonanych przez siebie ekstrakcyach u krótkowzrocznych. Wyniki w przypadkach tych były tak pod każdym względem dobre, że uważał sobie za obowiązek zachęcać kolegów do dalszego stosowania tej metody leczenia. Sam w ostatnich czasach jeszcze 8 tego rodzaju operacji wykonał, i wszystkie z rezultatem dobrym. ABADIE również pewną ilość chorych krótkowzrocznych operował. Obok ekstrakcji robił i dysczyze. VALUDE ogłosił 2 przypadki, MARTIN—1. SCHWEIGGER w przeciągu 1891 roku operował z powodu krótkowzroczności pięć razy, PFLUEGER kilkanaście razy, SCHROEDER, zachęcony rezultatem, otrzymanym przez FUKALĘ, operował chorą, u której krótkowzroczność wynosiła 20 D. Chora przed operacją tylko bardzo niewyraźnie zbliżka znajdujące się przedmioty rozróżniała; po operacji widziała okiem operowanym zdaleka lepiej znacznie, aniżeli przedtem przy najdokładniejszej korekcyi; temże okiem może chora doskonale pracować przy pomocy szkieł w odległości 15 ctm.. SCHROEDER znalazł naśladowców. W krótkim czasie jeszcze 7 operacji było przez kilku lekarzy wykonanych. Każdy z nich podaje, że chorzy rezultatem operacji byli uszczęśliwieni. [D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



67. Cahen-Brach. Tryper dróg moczopłciowych u małych dziewcząt.

Uplawy białe (*fluor albus, leukorrhoea, blennorrhoea vaginae, vulvo-vaginitis*), do ostatnich czasów przyjmowano za niezyt błony śluzowej organów moczopłciowych, wywołany bądź przez przyczyny natury czysto miejscowej, bądź ogólnej. Do pierwszej kategorii zaliczamy nieochędństwo, pot, ciała obce wprowadzone do pochwy, *oxyuris*, samogwałt, oraz zgwałcenie, do drugiej zaś—postacie uporczywe pochodzenia skrofulicznego oraz charłaczego [gruźlica, blednica, krzywica oraz ostre choroby gorączkowe]. Obserwowane w ostatnich dwóch dziesiątkach lat epidemie tego cierpienia naprowadziły na domysł, że są one pochodzenia zakaźnego. Najbardziej zasługuje na uwagę epidemia z roku 1890; w Poznaniu w przeciągu 8—14 dni zapadło 236 dziewczynek w wieku od 6 do 14 lat; w większości przypadków znajdowano gonokoki NEISSER'a.

KORMANN wskazuje na *coitus impurus*, jako na jedną z przyczyn upławów, gdyż dotychczas rozpowszechnionym jest przesąd, że mężczyzna, dotknięty tryprem, jest w stanie uleczyć się ze swojej choroby przez zetknięcie się z niewinnym dzieckiem. Ze cierpienie to jest identyczne z tryprem dorosłych, wskazują również obserwowane zapalenia tryprowe łącznicy u dzieci, cierpiących na upławy z organów płciowych. W ostatnich latach WIDMARK [6 przypadków], FRAENKEL, DUSCH [19 przypadków], SPAETH [14 przypadków], na drodze badań bakteriologicznych stwierdzili obecność gonokoków NEISSER'a w wydzielinach ropnych z pochwy u dziewczynek 1—12-letnich.

Z 26 historyi chorób, jakie autor opisuje, przytoczymy w krótkości kilka: 4-letnia dobrze odżywiana, oraz rozwięta dziewczynka, na kilka dni przed zasłabnięciem spała z kobietą, cierpiącą na białe upławy; części sromne zewnętrzne silnie zaczerwienione, pokryte cuchnącą, zielono-żółtawą ropą. Z cewki oraz

pochwy przy naciśnięciu wypływa ropa, zawierająca gonokoki. Zalecono przepłukiwania pochwy dwa razy dziennie sublimatem 1:1000, czopki jodoformowe [1:10 *butyr. Cac.*].

6-letnia, dobrze rozwinięta dziewczynka przed trzema dniami została zgwałconą przez swego brata. Zmiany podobne do powyższych. Przepłukiwania pochwy jednoprocetowym roztworem talliny, a następnie sublimatem, wewnątrz balsam *Copaiv.* 0,5—4 do 6 razy dziennie. Po sześciu tygodniach silny ból, zaczerwienienie, obrzmienie stawu lewego środkowego palca. Ciepłota 40° C., w przeciagu sześciu dni objawy te stały się. Po upływie dwóch miesięcy, gdy płyn ropny z pochwy znów się pojawił, stosowano ciepłe nasiadki, czopki taninowe, a następnie wstrzykiwania 3:1000 azotanu srebra do cewki moczowej. Po upływie 4-ch miesięcy znaleziono w ropie gonokoki. Cała choroba trwała 7 miesięcy. U innej dziewczynki 3½ letniej, dobrze rozwiniętej, ze śladami krzywicy, dotkniętej podobnymi zmianami w organach płciowych, po upływie miesiąca wystąpiły objawy nieżyty pęcherza moczowego: częste parcie, za każdym razem bardzo umiarkowana ilość moczu mętnego, krwawego, zawierającego białe oraz czerwone ciała krwi.

Wiek dzieci, dotkniętych tem cierpieniem, waha się między ½ rokiem, a 12 latami; powyżej wymienionych 19 dziewczynek nie skończyło jeszcze 7 lat. Co się tyczy sposobu powstawania tej choroby, to prawie wszystkie dzieci zostały zarazone: bądź ktokolwiek z rodziny cierpiał na upławy, bądź spały one z chorymi osobnikami, w sześciu zaś razach miało miejsce zgwałcenie.

Czas wylęgania się zarazka, według spostrzeżeń autora, jest trzydniowy; sama choroba nie wywiera wpływu na stan ogólny, w pojedynczych tylko przypadkach przyłączyły się komplikacje ze strony innych narządów, jak np. stawów, pęcherza moczowego; gruczolę pachwinowe ani razu zbyt nie były powiększone.

Wydzielina u dzieci dobrze rozwiniętych jest obfitszą, niż u słabowitych; po 2—3 tygodniach zmniejsza się, a po upływie 3-ch miesięcy ustaje.

Siedliskiem choroby w 23 przypadkach była cewka moczowa; przy naciśnięciu wypływa z niej ropa, zawierająca gonokoki; mamy więc do czynienia ze zjawiskiem zupełnie analogicznym z tryprem dorosłych.

Części sromne zewnętrzne (*vulva*) nie są dotknięte tą sprawą specyficzną: zaczerwienienie, lekkie obrzmienie—są to objawy podrażnienia i znikają po kilku dniach. Toż samo odnieść należy i do gruczolów BARTOLINI'ego, autor ani razu nie widział w nich jakiegokolwiek zmian.

Rozpoznanie trypra pochwy jest dość trudnem; zakładanie tamponu w celu oddzielenia pochwy od płynu ropnego cewki nie daje dobrych wyników: tampon zaraz wypada; w kilku jednakowoż razach udało się autorowi utrzymać go trochę dłużej, na tylnej części tampona znajdowało się wtedy trochę płynu, zawierającego gonokoki. Autor stwierdza fakt, że pochwa dziecięca, w przeciwstawieniu do pochwy dorosłych, może być siedliskiem trypra i że ten w krótkim stosunkowo czasie może być uleczony; żadnych zrostów, zwężeń pochwy autor nie widział. Macica natomiast bardzo rzadko ulega zajęciu, co zależy zapewne od ścisłego zamknięcia ujścia macicznego w wieku, w którym niema jeszcze odpływów miesięcznych. Niekiedy, wprawdzie dość rzadko, sprawa przejść może na jajowody oraz otrzewną i wtedy sprawa zakończyć się może śmiercią, jak to widać z przypadku HUBER'a, tyjącego się 7-letniej dziewczynki, u której przedsięwzięta została z tego powodu laparotomia.

Objawy ze strony dróg moczowych ograniczają się na częstem parciu na moc; nieżyt pęcherza jest zjawiskiem rzadkiem. Częściej spotykamy zapalenie stawów i to podobnie jak i u dorosłych zajęcie jednego stawu o przebiegu pomyślnym; zapalenie łącznicy rzadko się zdarza.

Wobec powyższych danych nie ulega najmniejszej wątpliwości, że mamy do czynienia ze sprawami swoistemi, trypromeni, tembardziej, że za każdym razem wewnątrz ciałek ropnych z cewki moczowej znajdowano gonokokki NEISSER'a. Rokowanie przy tej chorobie jest pomyślniejsze, niż u dorosłych, leczenie zaś polega na stosowaniu środków antyseptycznych, ściągających.

Pod koniec poświęca autor kilka wyrazów samej nazwie tego cierpienia: termin „*vulvo-vaginitis*“ jest nieodpowiednim, gdyż „*vulva*“ oraz „*vagina*“ odgrywają tu rolę podrzędną, na pierwszy plan występuje cewka moczowa „*urethritis*“; racjonalniej byłoby nazwać ową sprawę „*urogenitalblennorrhoea*“ lub też wprost tryprem „*gonorrhoea*“.

(*Jahrbuch f. Kindh. XXXIV. Bd. 4*)

St. Gutentag.

68. Bagiński. Objawy tężca przy dyfterycie.

Przypadek, spostrzegany przez autora, zasługuje na uwagę ze względu na różnorodne powikłania i wynik leczenia.

Niespełna pięcioletni chłopczyk przedstawiał objawy szczękościsku i tężca, które występowały przy każdej próbie otworzenia ust w celu zbadania jamy gardzielowej, lub podania napoju. Gdy wszakże przebudzał się z długiej drzemki, sam sobie brał napój i bez trudności go połykał. Przy wysuwaniu języka widzieć się dawało w prawej połowie dosyć głębokie owrzodzenie z szarym nalotem; z jamy ustnej szerzyła się bardzo nieprzyjemna woń. Dla rozpoznania charakteru tego owrzodzenia przeszczepiono nieco z nalotu na surowicę krwi, lecz nie otrzymano laseczników dyfterytu, a tylko koki. 4 razy dziennie stosowane lawatwy z chlorału nie odniosły żadnego skutku. 8-go dnia choroby ciepota, zrazu normalna, zaczęła się podnosić do 39°, a nawet 39,6° C. Wówczas zastosowano leczenie BEHRING'a za pomocą wstrzykiwań surowicy krwi (*Blutserumtherapie*) immunizowanych zwierząt. Wstrzyknięto choremu w ciągu niespełna 24 godzin 52 ctm. sześć. tężcowej surowicy leczniczej (*tetanus-Heilserum*), wszakże bez widocznego skutku. W drugim dniu wstrzykiwania surowicy wystąpiła przy podniesieniu ciepłoty wysypka podobna do szkarlatynowej. Z powodu ciągłego szczękościsku, gardzieli obejrzeć nie było można. Nazajutrz przyłączyła się czerwonosc zewnętrznej strony lewego kolana i obrzmienie całego kolana. 12-go dnia choroby wstrzyknięto 20—24 ctm. surowicy, zawierającej 0,75% karbolu. Ciepłota zaczęła zwolna opadać, objawy tężcowe ustępowały, wysypka zbladła, lecz natomiast wystąpił silny dyfteryt oka. Badanie gardzieli wykazało czerwonosc, bez nalotu, obrzmienie migdałów, nacieczenie języzka. Błona śluzowa prawego policzka, jak również prawy brzeg języka przedstawiały głębokie, ciemnoczerwone defekty, wszakże bez owrzodzeń. Jednocześnie nacieczenia na lewem kolanie, pośrodku prawego uda i prawego ramienia przeszły w ropienie (*phlegmone*). Wypuszczona ropa nie zawierała wcale laseczników tężcowych [badanie drobnowidzowe, szczepienie na myszach]. 24-go dnia choroby nie było już ani śladu objawów tężca.

W przebiegu choroby, powyżej opisanym, wystąpiła na ogólnym oddziale wewnętrznym, gdzie dziecko leżało, mimo ścisłej izolacji chorych dyfteryticznych i całego personelu lekarskiego oraz służby, niczem niewytłomaczona epidemia dyfterytu, którego samoistny charakter dowiedziony został przez to, że otrzymano czystą hodowlę laseczników LOEFELER'a. Zaczęła się ona już 9-go dnia po przybyciu dziecka do szpitala i ciągnęła się przez całe dwa miesiące. Jeden przypadek dyfterytu, również obecnością LOEFELER'owskich laseczników stwierdzonego, zdarzył się i w pawilonie szkarlatynowym, dokąd autor przeniósł swego pacjenta z chwilą pojawienia się wspomnianej wyżej wysypki.

Wobec takich okoliczności przedsięwzięto ponowne poszukiwanie u dziecka laseczników dyfterytu, a jakkolwiek w gardzieli, prócz czerwonosci i obrzmienia

migdałów, nie innego zauważyć się nie dało, znaleziono jednak laseczniki LOEFFLER'a, które zaszcześcić się dały zwierzętom.

Nie mogło już więc ulegać wątpliwości, że dziecko dotknięte było oprócz tężca i dyfterytem, że owrzodzenia na języku i gardzieli były dyfterytycznego charakteru; że laseczników swoistych z początku wykryć się nie dało jedynie z powodu szczękościsku, uniemożliwiającego przeszczepienia i że było ono źródłem zakażeń dyfterytycznych innych chorych. W następstwie rozwinęły się u chorego przy wysokiej gorączce: *otitis media*, *lymphadenitis colli*, *albuminuria*, obustronne porażenie *n. oculomotorii*, porażenie *palati molli*, niemiarowość czynności serca i powiększenie tępości serca, porażenie obu kończyn dolnych z utratą odruchów kolanowych, całkowite porażenie gardzieli z niemożnością łkania, przez to zachodziła konieczność żywienia chorego za pomocą zgłębnika. Pomimo wszystkich tych groźnych objawów dziecko wypisano po upływie pięciu miesięcy jako zupełnie wyleczone.

Autor uważa swój przypadek nie za tężec samoistny, powikłany dyfterytem, lecz za dyfteryt, w następstwie którego wystąpiły objawy tężcowe. W literaturze opisany jest jeden tylko przypadek, dowodzący możliwości takiego połączenia. Do niego dodać należy dwa inne spostrzeżenia autora i jedno zakomunikowane mu prywatnie przez MARQUARD'a. Wobec tak szczupłej wszakże liczby spostrzeżeń o zależności w danym przypadku objawów tężca od sprawy dyfterytycznej wyraża się autor z całą ostrożnością, przypuszczając możliwość istnienia pasożyta gnilnego — *proteus* [zła woń z jamy ustnej], którego toksyny, wprowadzone do krwi, wywołują objawy tężcowe.

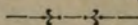
Co się tyczy metody BEHRING'a, nie przypisuje jej autor w danym przypadku zasługi wyleczenia; objawy tężca znikaly bowiem bardzo powolnie i dopiero 20-go dnia choroby, w 15 dni po rozpoczęciu wstrzykiwań, ustąpiły zupełnie; w jednym zaś przypadku tężca u noworodka to samo leczenie pozostało bez żadnego skutku. Sam zresztą BEHRING co do wartości surowicy leczniczej tężcowej wyraża się z wszelką ostrożnością.

Podniesienia ciepłoty u chorego autor nie przypisuje metodzie BEHRING'a, gdyż i przed tem leczeniem była gorączka; wysypkę szkarlatynową uważa za możliwy wynik tej metody leczniczej, o czem sam BEHRING na zasadzie kilku własnych spostrzeżeń wspomina; wreszcie, co się tyczy flegmony, była ona może następstwem wstrzykiwań, gdyż BEHRING nie jest pewnym, czy surowica krwi bez kwasu karbolowego nie może stać się szkodliwą, mimo wszelkich ostrożności antyseptyki. Należy pamiętać, że surowica krwi, kwas karbolowy zawierająca, wywiera u dzieci wpływ stanowczo szkodliwy, u ssawców zaś i noworodków nawet śmierć sprowadzić może.

(Berlin. klin. Woch. Nr. 3. 1893).

Mieczysław Goldbaum.

Wiadomości terapeutyczne.



11. Tolysalum. Tolysal jest to salicylan tolypiryny¹⁾; przedstawia się w postaci proszku krystalicznego, bezbarwnego, lub z lekkim odcieniem różowawym. Smak posiada cierpki i gorzki. Rozpuszcza się łatwo w alkoholu, w wodzie zaś bardzo trudno i niewiele.

D-r HENNIG (*Deutsche med. Wochenschr.* 1893. 8), po przeprowadzeniu odpowiednich doświadczeń na zwierzętach, poczynił szereg spostrzeżeń nad działaniem tego leku u ludzi zdrowych i chorych.

Osoby zdrowe dobrze znosiły ten środek [1,0—2,0] i nie doznawały żadnych zaburzeń. Większe dawki, 4,0—6,0 *pro die* [w dawkach 2,0+1,0+1,0 i t. d. co godzina] jako jedyny objaw dawały

¹⁾ Co do tolypiryny, porów: Wiadomości terapeutyczne. Gaz. Lek. 1893. Nr. 18, str. 486.

obniżenie normalnej ciepłoty ciała o 0,6° C.. Objawów kollapsu nigdy nie zauważono w tych razach.

Co się tyczy działania wzmiankowanego środka leczniczego na chorych, to za materiał do spostrzeżeń służyły następujące postaci patologiczne: reumatyzmy stawów i mięśni wszelakich postaci [ostre, ostrawe, przewlekłe], nerwobóle, oraz stany gorączkowe przy reumatyzmie ostrym, przy zapaleniu płuc włóknikowem, róży twarzy, dyfterycie, zimnicy, gruźlicy.

Wyniki, otrzymane przez HENNIG'a, można streścić w sposób następujący:

1) Tolysal w dawkach 3,0—6,0 *pro die* [pojedyncze dawki, podawane co godzina: 2,0+1,0+1,0 i t. d.], dawał pomyślnie wyniki przy ostrym reumatyzmie stawów.

2) Środek rzeczony, podawany ciągle przez kilka dni, wpływa pomyślnie nawet na przewlekłe reumatyzmy mięśni i stawów. W celu osiągnięcia trwałszego skutku, trzeba podawać tolysal, już po nastąpięcej poprawie, jeszcze przez dłuższy czas w dawkach nieco mniejszych do 3,0 *pro die*. Jak HENNIG zapewnia, miał tolysal wywierać działanie pomyślnie i w tych przypadkach reumatyzmu, ostrego lub przewlekłego, w których zawodziły inne znane środki, jak: salicylan sodu, salol, antypiryna, fenacetina.

3) 1,0—3,0 tolysalu usuwa nerwobóle.

4) Ciepłota gorączkowa pod wpływem tolysalu [dawka: 2,0+1,0+1,0 i t. d.] szybko opada. Obniżeniu ciepłoty gorączkowej towarzyszy zmniejszenie częstości tętna i oddechu.

5) Tak w chorobach gorączkowych, jak i bezgorączkowych tolysal pomyślnie wpływa na sen.

6) Nowy ten środek odznacza się własnościami antyfermentacyjnymi i antyseptycznymi.

7) U chorych nie spostrzegano ani działania kumulacyjnego, ani przyzwyczajania się do środka wspomnianego.

8) Tolysal nie wywołuje żadnych objawów nieprzyjemnych.

9) Ponieważ tolysal jest bardzo trudno rozpuszczalnym w wodzie i posiada smak gorzki, przeto najlepiej przepisywać go w proszku w kapsułkach (*capsul. amylic., capsul. gelatins.*) w dawce 0,5—0,1.

W końcu zaznaczyć tu należy, że jakkolwiek HENNIG bardzo gorąco zachwala i zaleca swój nowy środek leczniczy, jednakże wyznać trzeba, iż tolysal—podobnie jak i tolypiryna—nie stanowi bynajmniej istotnego wzbogacenia terapii; nie mniej bowiem cenne środki posiadamy już w znanych od dawna przetworach kwasu salicylowego i antypiryny.

Wiktor Grostern.

Wiadomości bieżące.

— *Neurasthenia luetica* zależy od syfilitycznego cierpienia ośrodków nerwowych i może być podzieloną na dwie grupy a) *neurasthenia luetica hereditaria*, przy której jako przyczyna uważają syfilis rodziców, b) *neurasthenia luetica acquisita*, występująca u ludzi zdrowych przy nabytym syfylisie. W niektórych przypadkach neurastenia rozwija się niezależnie od syfylisu, czy to wskutek moralnych, świadomości własnej choroby, skutków i obawy udzielania. Zdarza się, że syfilis występuje jako powikłanie przy odziedziczonej lub nabytej neurastenii bez specjalnego wpływu na jej rozwój, lub że neurastenia rozwija się wskutek idiosynkrazji chorych do rtęci lub jodu (*n. mercurialis et jodatis*). Wszystkie wspomniane przyczyny mogą się nawzajem komplikować i daleko częściej spotyka się przypadki ze złożoną etiologią, np. syfilis i psycho-patologiczna dziedziczność, syfilis i wyniszczające leczenie, syfilis i wstrząśnienia moralne. Prof. KOWALEWSKI przyjmuje 4 główne grupy neurastenii u syfilityków: 1) *n. luetica hereditaria*; 2) *n. l. acquisita*; 3) neurastenia wskutek wyniszczenia ciężką kuracją (*Inanitions—Neurasthenie*); 4) *n. psycho-traumatica*. Podzielił ten powinien, według zdania prof. K., służyć za ważną wskazówkę terapeutyczną, np. *n. l. hereditaria* wymaga długiej i starannej kuracyi za pomocą środków wzmacniających, *decoct. ZITMANN'i, ferri jodati*, wód mineralnych i kąpeli gorących; *n. l. acquisita* — energiczne antisyfilityczne i wzmacniające leczenie; *Inanitions—Neurast.* natychmiastowe przerwanie kuracyi antisyfilitycznej i zastosowanie wzmacniającej; *n. psycho-traumatica* — psychiczne i wzmacniające leczenie połączone z antisyfilitycznym. Neurastenia, rozwijająca się wskutek kilku przyczyn, wymaga odpowiednio zmodyfikowanej kuracyi. (*Erlenmeyer's Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. IV Bd. März. 1893.*)

A. B.